

## **STRES, ANKSİYETE VE KADIN DOÇ. DR. PEYKAN G. GÖKALP\***

Stres, kişide zorlanma yaratan etkenleri, uyarıları ya da stres etkenleriyle ortaya çıkan yanıtı tanımlayan bir kavramdır. Duygusal stres yaratan etkenler özellikle tehlike algısıyla bağlantılı olarak ortaya çıkan veya kişinin kapasitesini aşan, uyumunu zorlayan durum ve olaylardır. Stresin kişiyi etkileme düzeyi stresörün ani ya da süregen olması, yaşamsal önem derecesi, bireyin kişisel kaynakları, kişilik yapısı ve stresin toplumsal ya da kültürel olarak paylaşılma derecesiyle bağlantılıdır.

Tüm dünyada çocukluktan başlayarak şiddet, kötü muamele gibi olumsuz yaşantılarla, ya da hormonal değişiklikler, doğum, aşırı iş yükü gibi zorlayıcı etkenler nedeniyle strese en fazla karşı karşıya kalanlar kadınlardır (Shear ve ark. 2000). Kadın ve erkeklerin stresi farklı yaşantıladıkları temel noktalar şöyle sıralanabilir:

1. Kadınlarda strese birlikte ortaya çıkan özgül fizyolojik tepkiler farklıdır.
2. Kadın ve erkeklerde strese bağlantılı bozukluklar görülme oranında fark vardır.
3. Kadın ve erkekler farklı tür stresörlerle karşı karşıya kalırlar.
4. Kadın ve erkek aynı stresörle karşılaştığında da bu duruma yükledikleri anlam farklı olabilir.
5. Kadın ve erkeğin strese başa çıkma tarzları farklı olabilir.

### **Stres ve Fizyolojik Yanıtlar**

Biyopsikososyal modele göre tüm hastalıkların biyolojik, ruhsal ve toplumsal boyutları olduğu gibi, stres de kişide biyolojik, ruhsal ve toplumsal değişiklikler yaratır.

Stres algılandığında bedende kardiyovasküler, metabolik, endokrin ve nörolojik sistemlerde değişikliklere yol açar. Dış ya da iç uyarılar algı reseptörleri yoluyla merkezi sinir sistemine iletilerek tehdidin algılanması sağlanır. Bu noktadan başlayarak hipotalamo-hipofizer-adrenal (HPA) ekseninde bir dizi değişiklik ortaya çıkar. Stres yanıtında birçok farklı nörotransmitter ve nöromodülatör harekete geçmekle birlikte, kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH), vazopressin ve noradrenalin burada başrollerdedir. Hipotalamustan salgılanan CRH daha sonra hipofiz ön lobundan adrenokortikotrop hormonun (ACTH) salgılanmasına neden olur. ACTH da böbreküstü bezlerinden glukokortikoidlerin salgısını uyandır. Öte yandan gonad hormonlarının HPA eksenini üzerinde düzenleyici bir etkisinin olduğu bilinmektedir. Gonad steroidleri etkisini glukokortikoid reseptörleri, beyindeki CRH sistemi ve hipofizin CRH'a duyarlılığını değiştirerek gösterir. Ayrıca kadınlarda prolaktin düzeyi ve strese karşı merkezi CRH yanıtı da daha yüksektir (Young ve Korszun, 1999). Östrojen ve progesteronun stres yanıtını artırması kadınlarda strese bağlantılı ruhsal bozuklukların (anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar vb.) daha sık görülmesini açıklayabilecek nedenlerden biri olabilir.

### **Stresle Bağlantılı Bozukluklardan Bir Grup: Anksiyete Bozuklukları**

Hem genel nüfusu önemli oranda etkileyen ruhsal bozukluklar olması, hem kadınlarda tek başına ve depresyonla eşzamanlı olarak görülmeleri, ayrıca bir belirti grubu olarak depresif bozukluklarda yer alması bakımından anksiyete ve anksiyete bozuklukları önemle ele alınması gereken bir alandır. Anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha sık görülmektedir. Ayrıca, kadınlarda başlangıç yaşının daha erken, süregenleşme ve nüks oranının daha yüksek, komorbid depresyon oranının erkeklerin iki katı olduğu saptanmaktadır. Anksiyete bozukluklarından Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu yaygınlığı erkeklerin iki katı oranındadır ( Kessler ve ark. 1994, Horwath ve Weissmann 1995, Stewart ve ark. 1997, Shear ve ark. 2000) .

Kadınlarda anksiyete bozuklukları tanısı konulurken, tıbbi hastalıkların dikkatli şekilde araştırılması gereklidir. Kadınlarda, özellikle 40 yaşın üzerinde, tiroid hastalıkları sık görülmekte, eğer saptanmazsa ya psikiyatrik tabloyu şiddetlendirmekte ya da tedaviye direnç ortaya çıkmaktadır. Anemi ülkemiz kadınlarında sık rastlanan bir durum olup, mutlaka araştırılması gereklidir. Ayırıcı tanıda değerlendirilmesi gereken diğer tıbbi hastalıklar arasında

perimenopoz, nikotin ve kafein kullanımı, ilaçlar ve kalp hastalıkları sayılabilir (Gökalp ve ark. 2001).

### **Anksiyete bozukluklarının cinsiyetler açısından epidemiyolojisi**

Alt gelir grubunda ve düşük öğrenim düzeyine sahip olmak ( bu grupta daha fazla kadın hasta vardır) hem anksiyete bozukluklarına zemin hazırlamakta hem de süregenleşme riskini arttırmaktadır. Anksiyete bozukluklarının toplum içindeki dağılımı Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında Batı toplumlarında saptanan oranlardan daha düşük bulunmuştur. Yine de kadın erkek oranlarının 2/1 olduğu görülmektedir. (Tablo I) (Kılıç ve ark. 1998).

### **Anksiyete bozukluklarının Biyolojisi**

Anksiyete bozukluklarında cinsiyete dayalı biyolojik altyapıyı ele alırken gonad hormonlarının beyinde anksiyete ve duygudurumu düzenleyen bölgelerdeki etkilerini incelemek gerekir. Özellikle hipotalamus, amigdal, hipokampus, stria terminalis, locus ceruleus gonad hormonların ait reseptörlerin yoğun olduğu saptanmıştır. Östrojen reseptörlerine östrojen bağlandıktan sonra bu reseptörler diğer hormonların (glukokortikoidler, tiroid, projesteron) sentezini etkilemektedir.

Östrojenin anksiyolitik etkilerinin olduğu birçok deneysel ve klinik çalışmada gösterilmiştir. Her ne kadar hayvan deneyleri insanlardaki ruhsal bozukluklarla ilgili sınırlı bilgiler üretse de (Türlerarası farklılık, öznel deneyimlerin elde edilememesi vb.) bu bilgiler ufuk genişletici olmaktadır. Overleri çıkarılmış sıçan ve primatlarda sonradan verilen östrojen, kaçınma davranışını azaltmış, keşfetme davranışını güçlendirmiştir. İnsanlarda menopoz dönemindeki kadınlardaki eşik altı veya klinik düzeyde anlamlı anksiyete belirtileri hormon replasman tedavisiyle anlamlı derecede azalmıştır. Östrojenin bellek üzerine olumlu etkileri de kaçınma ve tehlike algısı düzeyinin düşmesinde etkili olmuştur. Progesteronun da benzer etkileri olduğu gösterilmektedir, ancak insanlarda anksiyete bozukluğu ile ilgili bu konuda formel bir çalışma yoktur (Stewart ve ark. 1997, Young ve Korszun 1999).

Anksiyete ve stres yanıtlarını düzenleyen bir başka hormon da oksitosindir. Düz kaslar, doğum ve süt salgılama süreci üzerinde etkili olduğu kadar beyinde eşleşme, annelik davranışları, yeme, içme ve cinsel faaliyetleri de düzenlemektedir (Altemus ve Arleo 1999).

Klinik çalışmalarda anksiyete bozukluğu tanısı alan erkeklerin daha ender olarak korku ve kaçınma belirttiği ortaya koyulmuştur. Stres kaynağı olarak kadınlar kişilerarası ilişki sorunlarını, erkekler parasal ve iş sorunlarını bildirmişlerdir (Shear ve ark. 2000).

### **Travma Sonrası Stres Bozukluğu**

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) kişinin kendisinin ya da bir başkasının fizik bütünlüğüne karşı tehdit oluşturacak bir olayı yaşamış olması, bu durum karşısında korku, çaresizlik, dehşet duymasından kaynaklanır. Klinik olarak da, olayın tekrar tekrar anımsanıp yaşanması, olayla ilgili rüyalar, olaya ilişkin çağrışımlardan yoğun bunaltı duyma, aşırı uyarılmışlık haline bağlı uyku ve yoğunlaşma bozuklukları, aşırı irkilmeler, kolay öfkelenme ve olaya bağlı durum ya da ortamlardan kaçınma görülür (APA, 1994) .

TSSB özellikle kadınlarda daha sık görülmesi ve kadına özgü travmaların varlığının biyolojiden bağımsız olması, ya da belki tam da kadının biyolojik farklılığı (yani kadın olması) nedeniyle ortaya çıkmasından dolayı ayrıca ele alınması gereken bir konudur. Kadınlarda, özellikle çocukluk çağından itibaren travmatik yaşantılara maruz kalma oranı erkeklere oranla daha yüksektir. Bu travmatik yaşantılar arasında kötü muamele, fiziksel şiddet, cinsel taciz ve/veya tecavüz sayılabilir. A.B.D.'deki Ulusal Komorbidite Taraması'nda elde edilen sonuçlara göre kadınların özellikle tecavüz ve benzeri cinsel travmalara maruz kalma oranının yüksek olması daha sonra TSSB tanısı alma riskini arttırmaktadır (Kessler ve ark. 1995, Breslau ve ark. 1999, Kessler 2000). Travma Sonrası Stres Bozukluğu yaygınlığında kadın-erkek farkı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Kadının travmatik olaylara maruz kalmada daha fazla risk altında olması toplumdaki veya ailedeki güç ilişkilerine bağlıdır. Bu açıdan elde edilmiş bazı verileri gözden geçirmek yararlı olacaktır. Kadınların % 27'si çocuklukta cinsel istismara uğramıştır. Kadınların % 10-30'u fiziksel şiddet uygulayan bir partnerle yaşamaktadır. Kadınların %12'si erişkinlikte tecavüze uğramıştır (Kessler ve ark. 1995, Kessler 2000).

Amerika Birleşik Devletlerinde yürütülmüş olan Ulusal Kadın Taraması'nda evhalkı taraması ile saptanan 4008 erişkin kadından oluşan örnekleme % 12.7 oranında tecavüz kurbanı olduğu görülmüş, bu grubun yalnız % 16'sı polise başvurmuştur. Yaşamboyu TSSB yaygınlığının % 12.3, geçmiş 6 aydaki yaygınlığının da % 4.6 olduğu bildirilmiştir. Tecavüz ve şiddetli saldırıya uğramadaki risk etkenlerine bakıldığında gelirin düşük olması, beyaz olmayan ırktan olma, işsiz olma, evli olmama gibi değişkenlerin bulunduğu görülmüştür. Bu değişkenlerin varlığı da kadına yönelik şiddet davranışında güç ilişkisinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır (Kilpatrick ve ark. 1998).

### **Anksiyete Bozukluklarının Tedavisinde Kadına Özgü Düzenlemeler**

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde temel olarak kullanılan tedavi yöntemleri farmakoterapi ve psikoterapilerdir. Herhangi bir tedavi yönteminin etkinliği incelenirken o hastalık grubunun ya da hasta grubunun plaseboya verdiği yanıt gözönüne alınmalıdır. Esasen tedavi etkinliği araştırmalarının, son yıllara kadar plasebo kontrollü olması bir önkoşul olarak kabul ediliyordu. Son yıllarda etik kaygılarla plasebo kontrollü çalışmalar daha zor kabul edilmektedir. Depresyonda plasebo etkisinin ortalama % 40 olduğu bildirilmektedir (Thase ve ark. 2000). Plaseboya yanıtın gözönüne alınması ilaç etkinliğini, aynı zamanda ilaçsız tedavilerin önemini de vurgulamaktadır.

### **Psikofarmakolojik Tedavi**

Psikofarmakolojik tedavilerin etkinliği ile ilgili çalışmalarda son yıllara kadar ağırlıklı olarak erkeklere ait veriler elde edilmekteydi. Bunda ilaç çalışmalarında olası bir gebelik ve bunun sonucunda fetusa zarar gelmesine ait çekinceler de etkili olmaktadır. Ancak son yıllarda ilaç çalışmalarında, kadın deneklerin dahil edilmesi veya çalışmadan çıkarılmalarıyla ilgili daha net kuralların ve yakın izlemenin yereleşmesiyle her iki cinsiyetten ve farklı subgruplardan belli oranda denek kabul edilmesi hem zorunlu tutulmakta, hem de tercih edilmektedir. Bir başka açıdan ise, ilaç çalışmalarında hastaya ücretsiz tedavi ve izleme olanağı sunulması, maddi kaynaklara sahip olmayan kadın popülasyonunun ülkemizde bu çalışmalarda yer almasını kolaylaştırabildiğini gözlemliyoruz.

Hem genel sağlık hem de ruh sağlığı hizmetlerinin ağırlıklı olarak kadınlar tarafından daha yüksek oranda kullanılması, kadınları hem hizmeti alan, hem de tedavi gören olarak tüketici – müşteri konumuna getirmiştir. Antidepresan ilaçların büyük çoğunluğunun kadın hastalara yazıldığı, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde benzodiazepinlerin kadınlara erkeklere oranla daha sık yazıldığı bilinmektedir. Bu durumun özellikle batı ülkelerinde bazı talep ve hakları da beraberinde getirebildiği izlenmektedir.

Antidepresan ilaçlara yanıt ve tolerabilite açısından cinsiyet farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Genç kadınların amitriptilin yan etkilerine karşı erkeklere oranla daha duyarlı olduğu ve yanıt oranlarının % 10-20 daha düşük olduğu; öte yandan MAOI ve SSRI'lara daha iyi yanıt verdikleri bildirilmiştir. İleri yaş ve kadın olma kanda amitriptilin düzeylerinin yükselmesine neden olmakta, oral kontraseptif alanlarda da kan düzeyi yükselmektedir. Ayrıca premenstrüel dönemde antidepresan kan düzeylerinde düşüş olduğu gözlenmektedir. Trisiklik antidepresanların ağır bozukluklarında kullanılması halinde kadınlar tarafından daha iyi tolere edildiği bildirilmektedir (Hamilton ve ark. 1996, Thase ve ark. 2000). Anksiyete bozukluklarında tedaviye düşük dozlarla (amitriptilin/imipramin 10 mg/g, fluoksetin 10mg/g vb. ) başlamak, yine düşük dozlarla kademeli olarak arttırmak uygun olur.

İlaç etkinliği ve etkileşimleri açısından kadın hastalarda dikkat edilecek noktalar şu şekilde özetlenebilir:

- Olası veya beklenmedik gebeliklerle ilgili hasta bilgilendirilmelidir
- Doz belirlenirken kadın hastaların erkeklere oranla daha düşük kilo ve küçük beden yüzeyine sahip olması dikkate alınmalıdır
- Özellikle genç kadın hastalarda SSRI'lar yeğlenmelidir,
- Kadınlarda TCA dozları daha düşük tutulabilir, oral kontraseptif alanlarda doz daha da düşürülebilir
- Psikofarmakolojik tedavinin oral kontraseptiflerle etkileşimi (oral kontraseptif etkinliği düşer) dikkate alınmalıdır
- Premenstrüel dönemde belirtilerinde alevlenme olan hastalarda bu dönemde ilaç dozu arttırılabilir
- Tedavi uymunun bozulmaması için, TCA ya da SSRI'larla tedavinin başlangıcında anksiyeteyi taklit eden yan etkileri azaltmak amacıyla, birkaç haftayla sınırlı olmak koşuluyla, anksiyolitikler eklenebilir

### **Psikoterapiler**

Anksiyete bozukluklarının psikoterapisinde, destekleyici psikoterapi, kognitif davranışçı psikoterapi (CBT) ve psikodinamik psikoterapiden sözedilebilir. Psikodinamik psikoterapiler bireyin bilinçdışı çatışmaları, gelişimsel psikik defisitleri ve içsel nesne ilişkilerini ele alarak ve kuramsal kökenini psikanaliz öğretisinden alan psikoterapilerdir (Gabbard, 2000). Psikoterapiler de daha çok kadınlar tarafından "kullanılmaktadır." Birçok psikoterapi merkezlerinde erkek hasta sayısı kadınların yaklaşık 1/8'i kadar olmaktadır. Bu nedenle psikoterapilerle ilgili cinsiyete özgü farkları araştıran çalışma sayısı çok kısıtlıdır. Kadın hastalarda terapistin daha çok kişilerarası ilişki ve roller ile gelişimsel konuların üzerinde durduğu psikoterapilerde sonuç daha olumlu olmuştur (Thase ve ark. 2000).

### **Kadını Etkileyen Stresörler**

Stresörleri, nesnel olarak tehdit edici durumlar olarak ele alırsak, bu durumlar kişinin bireysel otonomisini ve besleyici kaynaklarına ulaşmasını engellediği oranda zorlayıcı olurlar. Geleneksel kadın-erkek veya evlilik ilişkisinde kadının kendi bedeni ve geleceği üzerinde karar verebilme özgürlüğü kısıtlıdır. Kendine ait besleyici kaynakları ( aile veya arkadaş ilişkileri, maddi kaynaklar vb.) sınırlandırılmış olabilir. Bu durumda hem kadının hem de erkeğin yaşadığı ortak bir durum kadın için daha stresli hale gelebilir.

Bunun dışında gebelik, doğum, ya da istendiği halde çocuk sahibi olamama, özellikle çok sayıda çocuk yetiştirme, ailenin diğer bireylerinin (aile büyükleri, akrabalar gibi) bakım ve sorumluluğunu üstlenme, partner ilişkisindeki diğer sorunlar, ayrılık da kadının gündelik streslerini arttırır. İş hayatında kadınlar, özellikle de alt sosyoekonomik düzeyde ise, erkeklere oranla daha düşük gelir getiren, kendisi ve başkaları üzerinde kontrolünün olmadığı, güvencesiz işlerde çalışırlar. Bu ortamlarda kötü muamele ve tacizle karşılaşma olasılıkları yüksektir. Yüksek eğitilmiş, üst düzey işlerde çalışan kadınları da aşırı çalışma yükü ve ciddi rekabete dayalı sorunlar beklemektedir.

Yaşlanmaya bağlı sorunlar ve menopoz kadınlar için hem bedensel hem de psikososyal açıdan zorlayıcı olmaktadır. Bu dönemde bazı ruhsal sorunlar da ortaya çıkabilir. Bu durum östrojen hormonunun azalmasıyla açıklansa bile, diğer faktörleri de gözönüne almak gerekir. Toplumsal ve kültürel etkenler, kadının ve ailesinin yapısı, kadının menopoz öncesi yaşamındaki olumlu ve olumsuz olaylar ve kişilik özellikleri de menopoz dönemine ve bu dönemde yaşanan ruhsal sorunlara rengini verir.

Menopoz sonrası ortaya çıkan sıcak basmaları ve terlemeler bu dönemdeki kadınlarda %60 ile %90 oranında görülür. Sıcak basmaları genellikle geceleri ortaya çıktığı için uykuyu böler (Sherwin 1996). Bu belirti sıkıntı ve bunaltı da yarattığı ve anksiyetenin bedensel belirtilerine de benzediği için kişide bir anksiyete bozukluğunun geliştiği düşünülebilir. Bu belirti aslında

Östrojenin eksilmesine bağlı olarak ortaya çıkan vazomotor bir durumdur. Bu nedenle östrojen tedavisiyle azalır. Zaten bu sıcak basmaları ve terlemeler bir yıldan sonra hafifleyerek azalır ve geçer.

Östrojenin anksiyeteyi azaltan etkisi bilinmektedir. Menopoz sonrasında ortaya çıkan anksiyete belirtileri, eğer Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı da gerekli görüyorsa, östrojen replasman tedavisi ile düzelebilir. Eğer kişi hayatının önceki dönemlerinde bir anksiyete bozukluğu geçirmemişse, menopoz ile anksiyete bozukluğu geçirme riski yükselmez, ancak sıkıntı, bunaltı belirtileri olabilir.

Doğurganlığın bittiği dönem aynı zamanda çoğunlukla emeklilik ve büyüyen çocukların evden ayrıldığı, belki bir önceki kuşağın hastalık ve kayıplarının yaşandığı bir dönemdir. Bu zorlanmalarla başa çıkmak için deneyimlerin sonraki kuşaklara aktarılması, belki sorunların varlığı, kendine ve yakınlarına daha fazla zaman ayırabilme, kendini yeniden keşfedebilme çok işe yarayabilir.

Daha ileri yaşlarda ise yalnızlaşma, işlev kaybı yaratan hastalıklar nedeniyle toplumsal ilişki ve faaliyetlerin sınırlandırılması, daha ciddi sağlık sorunları, partner kaybı, maddi sorunlar stres etkenleri olarak ortaya çıkabilir.

### **Stresin Farklı Anlamları**

Kadın ve erkek aynı stresli olayları yaşasalar da yükledikleri anlam ve etkileri farklı olabilir. Kişinin dış dünyaya yüklediği anlam, geçmiş yaşantısı, yetiştirilme tarzı ve toplumsal değerlerle bağlantılıdır. Bu anlam özellikle toplumdaki cinsiyet rollerinin süzgecinden geçer. Anne ve baba, her ikisi de ebeveyn olmakla birlikte, anne ve babadan istenen toplumsal ve kişisel beklentiler belirgin şekilde farklıdır. Örneğin, çocuğun bir sorunu olması anne için babaya göre daha stresli olabilir. Bunun dışında kadın ve erkek için farklı anlamlar içeren durumlar arasında kilolu olmak, bekar olmak, çocuksuz olmak, hem ebeveyn hem iş sahibi olmak, öfkelenmek, girişken olmak sayılabilir. Tüm bu durumların kadın için daha yüksek bir stres kaynağı olduğu rahatlıkla düşünülebilir.

### **Başta Çıkmada Farklılıklar**

Başta çıkma stratejileri duygu - odaklı ve sorun- odaklı olarak sınıflandırılmaktadır. Duygu-odaklı stratejiler, birey stresörün değiştirilemeyeceğine, katlanılması gerektiğine inandığında kullanılabilen, sorun- odaklı stratejiler ise stresörün değiştirilmesine yönelik kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalar kadınların, daha çok duygu-odaklı, erkeklerin ise sorun-odaklı başta çıkma yöntemlerini kullandığını göstermiştir(Cotton 1990). Sorun-odaklı başta çıkma tarzının depresyona daha az zemin hazırlayacağı belirtilmiştir. Öte yandan, değişmesi mümkün olmayan stresörlerin sorun-odaklı yöntemle çözülmeye çalışılması uyumu sağlamakta yetersiz kalır.

Kadınların bazı durumları erkeklere oranla daha değişmez görmeleri, erkeklerin ise değiştirilebilir görmeleri toplumdaki cinsiyet rollerinin ve güç dağılımının yarattığı bir durumdur. Kadınlar bilişsel olarak kendilerini daha olumsuz olarak görmekte, kız çocukları performanslarını daha karamsar değerlendirmekte, geçmişteki olumsuz deneyimleri daha fazla hatırlamakta, kızlar başarısızlığı daha çok içsel nedenlere bağlamakta, erkekler dış nedenlere bağlamaktadır (Miller ve Kirsch 1987).

Bazen de stres birey için bir gelişimsel kilometre taşı olmaktadır. Eğer gerekiyorsa, kişi ortaya çıkan stresli duruma ilişkin gerekli uzman yardımını alır, uygun toplumsal destek sistemlerini kullanabilirse ( bu konuda toplumun sorumluluğu gözardı edilemez) yaşamına farklı bir yön verebilme için bir fırsat yakalamış da olabilir.

### **Öneriler**

Kadınların sağlık sistemi içinde değerlendirilmesinde, kadına özgü stres etkenlerinin gözden kaçırılmadan değerlendirilmesi ilk adım olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireyler strese ilişkin sorunlar, anksiyete bozuklukları, depresyon, psikosomatik hastalıklar ile genel sağlık kurumlarına ve birinci basamak birimlerine ruh sağlığı kurumlarına oranla daha sık başvurmaktadır. Bu sırada, kadına özgü stres alanları, fiziksel şiddet, cinsel istismar, üremeye ilişkin sağlık sorunları, aile çatışmaları sorgulanarak yardım için uygun kanallara yönlendirilmelidir. Kadının yüklediği anlam ve yaşadıklarını da empatik bir kulakla dinlemek, toplum içinde ve kurumlarda görünmez olan kadınları görünür hale getirecektir.

Tablo 1. Depresyon ve anksiyete bozuklukları nokta yaygınlığı – Türkiye Ruh Sağlığı Profili

Bozukluk	Kadın	Erkek
Depresif Bozukluklar	9.8	3.9
Anksiyete Bozuklukları	8.9	3.7

Kılıç, 1998

Tablo 2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Yaygınlığında kadın/erkek farkı

Çalışma	Kadın	Erkek
NCS, 1995	25.5	12.2
Norris,1992	11.5	5.5
Breslau, 2000	35.7	6.0
Doğal afet (derleme)	5.4	3.7

NCS: Ulusal Komorbidite Taraması, ABD

#### Kaynaklar:

1. Altemus M, Arleo EK. (1999) Modulation of Anxiety by Reproductive Hormones. Gender Differences in Mood and Anxiety Disorders. E Leibenluft (ed.) Review of Psychiatry Vol. 18, American Psychiatric Press, Washington DC, s.53-90.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. Ed. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
3. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC. (1999) Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. Am J Psychiatry, 156:902-907.
4. Cotton DHG. (1990) Stress Management. Brunner Mazel. NewYork.
5. Gabbard GO (2000) Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, Third Ed. American Psychiatric Press, Washington DC.
6. Gökalp PG, Saner S, Yılmaz M. (2001) Kadınlarda depresyon ve anksiyete bozuklukları. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi.:9(4):611-618.
7. Hamilton JA, Grant M, Jensvold MF. (1996) Sex and Treatment of Depression. Psychopharmacology and Women. MF Jensvold, U Halbreich, JA Hamilton (Ed.) American Psychiatric Press, Washington DC, s.241-260.
8. Horwath E, Weissman MM. (1995) Epidemiology of Depression and Anxiety Disorders. Textbook in Psychiatric Epidemiology. MT Tsuang, M Tohen, GEP Zahner (Ed.) Wiley-Liss, New York, s.317-344.
9. Kessler RC (2000) Gender Differences in Major Depression. Gender and Its Effects on Psychopathology. E. Frank (Ed.) American Psychiatric Press Washington DC, s.61-84
10. Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S Nelson CB, Hughes M, Eshleman S ve ark. (1994) Lifetime and twelve month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry, 51:8-19.
11. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey, Arch Gen Psychiatry, 52:1048-1060

12. Kılıç C (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Bölüm 4. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Md., Ankara,
13. Kilpatrick DG, Resnick HS, Saunders BE, Best CL. (1998) Rape, Other Violence Against Women, and Posttraumatic Stress Disorder. *Adversity, Stress and Psychopathology* BP Dohrenwend (Ed.), Oxford University Press, New York, s.161-177.
14. Shear MK, Feske U, Greeno C (2000) Gender Differences in Anxiety Disorders. *Gender and Its Effects on Psychopathology*. E. Frank (Ed.) American Psychiatric Press, Washington DC, s.151-165.
15. Sherwin BB (1996) Menopause, Early Aging and Elderly Women. *Psychopharmacology and Women*. MF Jensvold, U Halbreich, JA Hamilton (Ed.) American Psychiatric Press, Washington DC, s.225-237.
16. Stewart SH, Taylor S, Baker JM. (1997) Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *J Anxiety Disord*, 11:179-200.
17. Thase ME, Frank E, Kornstein SG, Yonkers KA. (2000) Gender Differences in Response to Treatments of Depression. *Gender and Its Effects on Psychopathology*. E. Frank (Ed.). American Psychiatric Press, Washington DC, s. 103-129.
18. Young E, Korszun A. (1999) Women, Stress, and Depression: Sex Differences in Hypothalamic-Pituitary- Adrenal Axis Regulation. Hormone replacement and oral contraceptive therapy: Do they induce or treat mood symptoms? *Gender Differences in Mood and Anxiety Disorders*. E. Leibenluft (Ed.) *Review of Psychiatry* Vol. 18, American Psychiatric Press, Washington DC, s.31-52.